45e Année. — N° 19. Vendredi 13 Mai 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Hémiplégie droite; troubles de la mémoire et de la parole occasionnés par la présence d'une balle dans l'hémisphère cérébral gauche; convulsions épileptiformes; radiographie de la balle par le procédé de M. Contremoulin, par le Dr Auguste Voisin, 289. — **Bibliographie** : Manuel de pharmacologie clinique, par E. Liotard, 290. — La pratique pharmaceutique, par Julliard, 290. — **Revue de la presse** : Notes sur quelques-uns des médicaments les plus nouveaux employés contre les maladies de la peau, 291. — **Académie des sciences** : *Séance du 2 mai.* Présidence de M. Wolf. — Des greffes autoplastiques obtenues par la transplantation de larges lambeaux dermiques. De leur stabilité et des modifications tardives qu'elles subissent, 293. — Pathogénie et histogénèse du cancer (maladie parasitaire), 294. — **Académie de médecine** : *Séance du 10 mai* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Anthropologie, 295. — Orthoforme, 295. — L'iodure d'arsénic chez les enfants lymphatiques et scrofuleux, 296. — Sur la valeur diagnostique des réflexes dans les lésions de la partie cervicale de la moelle épinière, 296. — Les accidents d'évolution de la dent de sagesse, 296. — Le lait d'alimentation, 296. — Massage abdominal, 296. — L'hémostase en général, 296. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 6 mai* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Lipomatose symétrique, 296. — Zona ophtalmique, 296. — Bégaiement spécial, 296. — Arthrite et synovite à pneumocoques, sans pneumonie, 296. — Phlébite goutteuse de la région scrotale, 297. — **Société médico-chirurgicale de Paris** : *Séance du 18 avril* 1898. Présidence de M. Tripet. — Péritonite tuberculeuse. Traitement par l'huile gaiacolée, 297. — **Société de chirurgie** : *Séance du 11 mai* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Injections anti-tétaniques préventives, 298. — Psychoses post-opératoires, 298. — Corps étrangers des voies respiratoires chez les enfants, 299. — Fracture du maxillaire inférieur par projectile. Prothèse. Guérison, 299. — **Congrès français de médecine** : *Tenu à Montpellier du 12 au 17 avril* 1898 (*suite*). — Inoculation des tumeurs malignes de l'homme aux animaux, 299. — Névrite du plexus brachial avec atrophie des muscles de l'épaule consécutive à la fièvre typhoïde, 300. — Des moyens de résistance de l'organisme contre l'arthritisme, 300. — Des instillations intra-utérines dans les métrites chroniques, 301. — Recherches sur l'action médicamenteuse du placenta, 301. — Diabète intéressant au point de vue clinique et anatomo-pathologique, 301. — Le salicylate de soude en gargarisme dans le traitement des angines pseudo-diphtériques et des angines simples, 301. — Modifications survenant dans la composition de l'urine sous la dépendance de troubles apportés au fonctionnement du rein, 302. — La contracture tétanique n'est pas fonction d'une lésion appréciable des cellules médullaires, 302. — Insuccès de la greffe de capsules surrénales chez les Addisonniens, 302. — **Memento pratique**, 302. — **Nouvelles**, 303.

CLINIQUE MÉDICALE

Hémiplégie droite; troubles de la mémoire et de la parole occasionnés par la présence d'une balle dans l'hémisphère cérébral gauche; Convulsions épileptiformes; Radiographie de la balle par le procédé de M. Contremoulin (1).

Par le Dr Auguste Voisin.

Le nommé Armand B..., âgé de 34 ans, vient me consulter le 3 décembre 1896.

Rien de particulier du côté des ascendants ni des collatéraux.

Cet individu n'a jamais été malade.

En 1896, sa mère et son beau-père ne voulant pas consentir à un mariage qu'il projetait, il s'est tiré trois coups de revolver à la tempe droite sur une route près de Gonesse le 7 septembre (1). Il a perdu connaissance et a été retrouvé dans un fossé de la route. Il a été transporté à l'hopital de Gonesse où son beau-père a été le reconnaître cinq jours après. Il ne pouvait, d'après le récit de son beau-père, articuler aucun mot. Il était complètement paralysé des membres droits et il lui était impossible de se tenir debout. Il put être transporté le 12 septembre à l'hôpital Saint-Louis. Il en sortit fin novembre, et au moment où il se présenta à ma consultation, quelques jours après, il était dans l'état suivant :

Les mouvements sont à peu près normaux dans le membre inférieur droit, la main droite est moitié moins forte que la gauche. La température de la main droite est inférieure à celle de la gauche ; la force dynamométrique à droite est de 13 kilos et à gauche de 58.

Le membre supérieur droit n'est pas atrophié, mais il présente un certain degré de contracture, il existe de l'exagération dans, les reflexes du poignet, de l'olécrane droit, ainsi que dans le reflexe rotulien droit.

Le malade n'a plus d'incontinence d'urine et des matières fécales depuis sa sortie de Saint-Louis.

La parole est troublée dans une certaine mesure : beaucoup de mots, beaucoup de lettres sont bégayés, anonnés et mal distinctement prononcés. Le malade a conscience de cette difficulté de s'exprimer et il en manifeste de la mauvaise humeur. Il lit avec peine des caractères imprimés tels que : Société de Biologie du bulletin de la Société.

Quant aux multiplications, il se trompe en disant 2 fois 6 : 24. Il arrive à multiplier d'autres chiffres mais après plusieurs secondes d'hésitation.

Plusieurs mots lui sont dictés, mais l'écriture en est très difficile. Cette difficulté d'écrire paraît tenir à un état parésique, il ne peut, en effet, lever sa main droite à la hauteur de la tête ni étendre entièrement son bras droit. Il ne peut siffler ; la pointe de la langue est légèrement déviée à droite. Il n'existe pas de trouble de la sensibilité. Pas de diplopie.

L'examen de la région temporale droite permet de constater l'existence à 58 millimètres de l'oreille droite et d'un point médian du sourcil droit suivant un angle de 25° d'une dépression osseuse, irrégulière et d'une ci-

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 23 avril 1898.

(1) Voici une des balles du revolver. Elle est de 0,007.

catrice de la peau de plus d'un centimètre de long correspondant à l'endroit par lequel les balles ont pénétré.

Cette cicatrice ostéo-cutanée ne présente aucune douleur spontanée ou à la pression ; cependant on y sent une première balle qui est très visible sur les épreuves radiographiques prises par M. Contremoulin. Cet individu ne souffre nullement de la tête.

Mais ce n'est pas assurément cette balle qui a produit les accidents graves observés chez cet homme, et les convulsions épileptiformes qui le prennent de temps en temps.

Les épreuves radiographiques de M. Rueff et celles de M. Contremoulin ne laissent aucun doute sur la présence d'une seconde balle dans l'épaisseur même de l'hémisphère gauche.

La démonstration de son siège précis est faite par le procédé de M. Contremoulin qui nous la montre dans la partie gauche du centre ovale, à 4 centimètres dans la profondeur de la 3e circonvulation frontale gauche, à la partie la plus postérieure et du tiers inférieur de la frontale ascendante.

La position de cette balle explique absolument l'existence des troubles fonctionnels qu'a présentés et que présente encore M. B..., phénomènes paralytiques à droite, troubles de la mémoire et de la parole.

L'état de B... s'est amélioré dans une certaine mesure, au point de vue en particulier de la force des membres droits et de la céphalalgie, mais la parole reste gênée; le *j*, le *g* sont prononcés comme *ch*... ; la lecture est difficile. — De plus il est atteint depuis plusieurs mois, à des intervalles de 20 à 25 jours, de convulsions épileptiformes sans auras, caractérisées par la demi-perte de connaissance, un état d'inertie, l'impossibilité de parler, la morsure du côté droit de la langue, l'inclinaison du corps à droite, le tout durant 8 à 10 minutes. C'est de la véritable épilepsie Jacksonienne.

Je ne pense pas qu'il soit prudent de ne rien essayer de curatif en présence de cette complication dernière et que la détermination précise du siège de la balle justifie l'intervention chirurgicale.

J'ai prié M. Arrou de s'en charger. Je vous tiendrai au courant du résultat.

Après la lecture de l'observation de M. le Dr Voisin, M. Contremoulins expose la théorie de sa méthode de recherche des corps étrangers dans l'organisme. Il montre ensuite comment il a pu réaliser mécaniquement un appareil pour les recherches dans le crâne, qui s'adapte à toutes les têtes, et comment il a pu également résoudre tous les problèmes mécaniques qui se présentent dans la réalisation de certains dispositifs spéciaux.

En appliquant le compas d'opération sur la tête du sujet, on voit, en effet, combien il est indispensable pour se faire une idée exacte de l'emplacement du corps étranger. Cette démonstration fait ressortir tous les avantages du compas, qui permet toujours au chirurgien, *pendant l'opération* de voir la direction *exacte* et l'indication *précise* de la distance qu'il lui reste à parcourir pour atteindre le corps étranger.

M. Contremoulins a été le premier à proposer cette méthode et à réaliser mécaniquement ses données géométriques. Depuis, nombre de copies de son procédé et de son appareil ont été faites et il le déplore, car tous ces plagiats sont bien loin d'avoir la rigoureuse exactitude qu'on leur attribue et des insuccès graves viendront forcément, avec de tels instruments, discréditer le principe de sa méthode et l'ensemble des opérations faites dans d'aussi mauvaises conditions.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pharmacologie clinique, par E. Liotard, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, etc. Paris, Société d'Editions Scientifiques, 1898.

Le but de ce Manuel, destiné au médecin, au pharmacien et à l'étudiant, est de donner un exposé simple des principaux médicaments anciens et nouveaux. Les médicaments sont classés par leurs modes d'action, névrotopiques, anesthésiques, antiseptiques, antispasmodiques, stimulants, etc. Chaque paragraphe concernant un médicament comporte l'exposé de l'action thérapeutique, du mode d'emploi, des caractères chimiques, de la solubilité, des incompatibilités et des doses.

Pour la plupart des médicaments, M. Liotard a calculé les coefficients thérapeutiques qui permettent de connaître la dose à donner à tout malade, la plus convenable en raison de son poids.

L'ouvrage se termine par un tableau des doses maxima donnant la dose maxima en une fois, la dose maxima en 4 fois ou en 24 heures et les coefficients thérapeutiques pour chaque médicament.

En résumé, ce manuel, qui contient des renseignements très succincts sur la pharmacologie, sera certainement très utile dans la pratique en ce qu'il évitera les pertes de temps occasionnées par des recherches dans des ouvrages trop volumineux. L. J.

La pratique pharmaceutique, par Julliard, pharmacien de 1re classe, président de la Société de pharmacie de Paris et Paul Fumouze, étudiant en médecine et en pharmacie. Paris, Vermot, éditeur.

Ce petit opuscule de 70 pages est l'exposé méthodique de réflexions qui ont été suggérées aux auteurs dans l'exercice de la pharmacie. La pratique pharmaceutique s'est très notablement modifiée dans ces dernières années, surtout par suite de l'introduction en thérapeutique d'une quantité de médicaments plus ou moins exotiques sur la valeur desquels on est loin encore d'être fixé. Or, il arrive que, soumis à la confection d'une formule, ces médicaments donnent lieu à des associations, à des incompatibilités ou des combinaisons dont ne se rend pas compte le médecin, mais que le pharmacien attentif est à même d'observer. Il est obligé

dès lors de corriger légèrement la formule dans ses excipients, le plus souvent afin de fournir au client une préparation pharmaceutique présentable et même utile. Les notes recueillies par M. Fumouze seront très utiles aux pharmaciens par les réflexions qu'elles contiennent sur l'organisation d'une pharmacie, sur le service du public, sur l'examen critique d'un certain nombre de formules du Codex et sur la posologie. Ce chapitre sur la posologie sera d'ailleurs intéressant à lire pour les médecins qui y trouveront des renseignements qui ne sont pas à dédaigner sur la solubilité de certains médicaments et sur l'association de quelques médicaments qui rendent difficile l'exécution d'une ordonnance pour le pharmacien. L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Notes sur quelques-uns des médicaments les plus nouveaux employés contre les maladies de la peau, par DUNCAN BULKLEY (de New-York). — Nous sommes certainement dans le siècle du progrès et toujours on demande du nouveau. Les merveilleuses découvertes faites en médecine et en chirurgie pendant ces cinquante dernières années semblent exiger de nouveaux remèdes dans toutes les branches de la médecine et, en effet, le nombre de ceux qui nous ont été présentés ces dernières années dans les journaux de médecine et par les industriels est si grand, qu'il en résulte beaucoup de confusion.

Aussi est-il bon de s'arrêter de temps en temps, de peser et d'apprécier la valeur ou la non-valeur de ces nouveaux remèdes, de voir ce qui peut être ajouté à notre vieux stock et de reconnaître ainsi le progrès qui a été fait.

Le temps et l'espace me manqueraient même si je voulais seulement mentionner les nouveaux remèdes vantés depuis ces vingt-cinq dernières années, pendant lesquelles je me suis occupé de maladies de la peau.

Avant de donner mon opinion sur quelques-uns des remèdes les plus nouveaux, permettez-moi de protester fortement contre cette tendance continuelle à chercher de nouveaux médicaments, à l'exclusion des vieilles méthodes qui ont fait leur preuve dans le traitement des maladies de la peau. Nous n'avons pas besoin de tant de remèdes nouveaux, mais nous devons nous efforcer de connaître mieux ceux que nous possédons et de les mieux utiliser.

Depuis le temps de F. Hebra et surtout sous son influence, l'attention a été surtout dirigée vers l'étude locale des maladies de la peau et leur traitement par des méthodes externes et je dois reconnaître que peu de progrès ont été accomplis dans le traitement interne de ces mêmes maladies.

Je ne veux pas essayer d'analyser les faits en ce qui regarde les injections de tuberculine dans le lupus ou les antitoxines dans le sarcome et l'épithélioma, car ces sujets sont encore si discutés qu'il est impossible de porter sur eux un jugement définitif.

H. von Hebra a communiqué récemment des observations d'injections sous-cutanées de thiosamine dans le lupus, dans des tuméfactions glandulaires, mais les résultats sont trop incertains pour être rappelés ici. L'extrait de glande thyroïde a été aussi essayé contre le psoriasis et quelques autres maladies de la peau. Quoique je ne puisse pas dire grand'chose en sa faveur par expérience personnelle, je suis porté à croire que l'extrait de glande thyroïde agit favorablement dans le psoriasis.

L'antipyrine a été récemment recommandée dans l'urticaire et donne de bons résultats, pourvu qu'il n'y ait pas quelques désordres alimentaires qui entretiennent la dermatose. Lorsque les poussées ont résisté aux médications ordinaires, une dose modérée d'antipyrine donnée trois ou quatre fois par jour, entre les repas, aidera souvent à arrêter la tendance à l'éruption.

La phénacétine et même l'antifébrine rendront quelquefois de grands services pour calmer les démangeaisons, surtout si on les donne la nuit.

Beaucoup de nouvelles préparations mercurielles (24 environ) ont été vantées pour le traitement de la syphilis dans ces dernières années, mais les avantages retirés de celles-ci n'ont trait qu'à la façon dont elles sont supportées par les voies digestives et je ne saurais en recommander une spécialement. Dans toutes, c'est le mercure qui est l'agent actif et je n'ai encore rien trouvé de mieux pour combattre les premiers accidents de la syphilis que les pastilles de cinq centigrammes de mercure et de craie données toutes les deux heures, suivant la méthode de J. Hutchinson. Les injections hypodermiques de mercure sont utiles lorsque l'estomac ne peut supporter les pilules ou lorsqu'on veut agir rapidement, ou bien encore lorsque le malade, pour des raisons sociales ou autres, préfère recevoir exceptionnellement une injection plutôt que de prendre à l'intérieur des doses répétées. Mais je n'ai jamais trouvé nécessaire, ni désirable d'en user largement.

Quelques nouvelles préparations iodurées (iodure de rubidium, iodure de strontium) ont été introduites sans grand avantage, mais le sirop d'acide iodhydrique est certainement un remède de très grande valeur dans certains cas de syphilis ancienne.

Parmi les nouveaux médicaments employés dans le traitement local des maladies de la peau, la résorcine vient en première ligne. A Unna revient le mérite d'avoir fait pressentir au corps médical l'importance de ce médicament, surtout dans l'eczéma séborrhéique.

Dans cette éruption, qui en réalité n'est pas de l'eczéma, mais une maladie parasitaire d'origine microbienne, la résorcine est presque un remède souverain. A la dose de 6 p. 100, dans une pommade à base d'oxyde de zinc ou dans une solution à base de glycérine avec un peu d'alcool, la résorcine fera disparaître souvent

en quelques jours une éruption bien définie. La solution est particulièrement applicable sur la tête dont on mouillera la surface matin et soir ; on arrêtera ainsi les démangeaisons qui accompagnent la séborrhée sèche du cuir chevelu qui est souvent un des premiers signes de l'eczéma séborrhéique et qui aboutit souvent à la perte des cheveux.

La résorcine employée plus fortement, même à 25 p. 100 dans une pommade à base d'oxyde de zinc, donnera quelquefois de brillants résultats localement dans le traitement de l'acné rosacée. L'application en est faite pendant plusieurs jours et occasionne une légère inflammation après laquelle la rougeur primitive et l'état pustuleux se trouveront avoir fortement diminué. Une seconde ou une troisième application peut être nécessaire, et si la cause de la congestion réflexe a été supprimée par un régime et une médication appropriés, il y aura guérison. La résorcine sous forme de pommade à 10 p. 100 rend aussi des services dans les ulcères tuberculeux.

L'ichthyol vient certainement après la résorcine pour les nouveaux médicaments employés en dermatologie. Comme antiprurigineux il rend souvent de grands services. Ajouté aux pommades à la dose de 6 à 10 p. 100, il est très utile dans l'eczéma et peut être employé même dans les cas très aigus. Dans la dermatite herpétiforme, une solution aqueuse à 5, 10 et même 20 p. 100 donnera plus d'amélioration que tout autre remède local. Lorsque la peau est trop sèche, on peut l'employer aux mêmes doses dissous dans l'huile ; cette préparation réussit très bien aussi contre le prurit anal. Dans les brûlures, un liniment d'ichthyol à 6 p. 100 constituera une très bonne préparation et pour les vieux ulcères des jambes, mais à une dose plus forte, il sera très efficace. J'ai tiré bien des fois un grand bénéfice en badigeonnant d'ichthyol pur des articulations atteintes de rhumatisme et de goutte et en enveloppant celles-ci d'une ou de deux épaisseurs de flanelle bien serrées. Ce badigeonnage peut être répété tous les jours. En dehors de la dermatologie, l'ichthyol rend encore de grands services dans le traitement des hémorrhoïdes. Pris à la dose de 5 à 15 gouttes dans l'eau ou sous forme de capsules, après chaque repas, il décongestionne les vaisseaux du rectum, si les conditions ne sont pas trop mauvaises. On peut l'employer aussi localement.

L'odeur désagréable et la couleur de l'ichthyol ont conduit à l'introduction du thiol, sorte d'ichthyol artificiel, mais qui ne donne pas d'aussi beaux résultats.

L'alumnol est un sel d'aluminium contenant du soufre qui se présente sous la forme d'une belle poudre blanche très soluble dans l'eau, dans la glycérine, dans l'alcool chauffé. En solution de 1 à 5 p. 100 dans l'eau, en pommade de 10 à 20 p. 100 ou en poudre jusqu'à 30 p. 100, il peut être employé avec avantage dans l'eczéma aigu.

Le dermatol, gallate basique de bismuth, est aussi un bon astringent en pommade de 5 à 10 p. 100 ou en poudre.

Le gallanol agit presque de la même manière et s'emploie dans l'eczéma chronique et le psoriasis.

Le gallacétophénone, un isomère de l'acide pyrogallique, a presque la même action que ce dernier et agit bien dans le psoriasis, sous forme de pommade à 10 p. 100.

Le naphtol agit puissamment dans le psoriasis, sous forme de pommade à la dose de 6 à 10 p. 100 ; il est utile aussi dans la gale.

Parmi les nouvelles préparations iodées, l'europhène a une place prépondérante. Il n'est pas toxique, à peine odorant ; aussi a-t-il supplanté l'iodoforme dans le traitement des ulcères vénériens et de toutes sortes d'ulcérations. L'aristol se recommande pour les mêmes avantages et s'emploie à la dose de 4 à 10 p. 100 dans le psoriasis.

L'iodol remplace aussi très bien l'iodoforme.

L'acide borique s'emploie beaucoup comme antiseptique et astringent, sous forme de poudre, de solution, de pommade, de 5 à 20 p. 100.

L'eau oxygénée sert souvent admirablement pour supprimer la suppuration, soit sur les surfaces extérieures, soit dans les cavités et les trajets fistuleux.

Parmi les médicaments antiprurigineux, il faut citer avant tout le menthol dont on se sert sous forme de pommade ou d'huile, de 2 à 10 p. 100. Il est préférable de le mélanger avec le double de son poids d'acide phénique, en partie pour favoriser son action anesthésique, en partie pour diminuer la sensation de froid qu'il produit.

La cocaïne agit de même à la dose de 1 à 5 p. 100, mais il ne faut pas l'appliquer sur de grandes surfaces par crainte d'intoxication.

Le mélange de camphre et de chloral, à parties égales, triturés ensemble jusqu'à liquéfaction et ajouté à des pommades à la dose de 5 à 15 p. 100, est un bon antiprurigineux, quoique un peu caustique. Récemment, le même mélange avec addition d'eucalyptus a été introduit sous le nom de campho-lyptus.

Le phénol camphré peut être employé là où il faut une action antiseptique et antiprurigineuse, dans une pommade à la dose de 6 à 20 p. 100. Un mélange à parties égales d'acide phénique, de teinture d'iode et de chloral a été présenté par le Dr Cutter de New-York ; celui-ci n'agit pas mal dans le favus et la tondante.

Différentes poudres ont été proposées, telles que le stéarate de zinc ; l'émol, silicate naturel, d'un bon emploi en poudre ou en pâte avec de l'eau dans l'eczéma chronique. L'axonge et les différents cérats, qui ont l'inconvénient de rancir, ont été remplacés par la vaseline, la cosmoline, l'alboline... qui ont le défaut de manquer de consistance et par la lanoline et l'agnine qui sont plus fermes et sont mêlées à la vaseline avec avantage.

La place me manque pour parler aujourd'hui des to-

piques incorporés au collodion, à la gutta-percha liquéfiée, dans le chloroforme (traumaticine) à la dextrine, à l'amidon, à la glycérine... Une des plus récentes préparations est la bassorine, composée de gomme adragante 4 gr , dextrine 25, glycérine 10, eau q. s., ââ 100 et mêlés à des substances diverses. (*Journal of the American medical association*, 28 novembre 1896.)

Dr Barbe.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 mai. 1898.— *Présidence de* M. Wolf.

Des greffes autoplastiques obtenues par la transplantation de larges lambeaux dermiques De leur stabilité et des modifications tardivesqu'elles subissent — M. Ollier. J'ai désigné sous le nom de *greffes autoplastiques* les greffes cutanées obtenues au moyen de larges lambeaux de peau découpés sur les parties saines, avec le bistouri ou le rasoir, et comprenant la plus grande partie ou la totalité de l'épaisseur du derme.

Je les ai substituées, dès 1871, aux petites greffes épidermiques alors en usage et, dans une Communication que j'ai faite à l'Académie, en 1872, j'ai expliqué en quoi elles différaient des opérations analogues pratiquées avant moi.

Les greffes épidermiques de M. Reverdin, qui consistaient en un semis de lambeaux minuscules de 2,3 ou 4 mil. carrés, avaient pour but de hâter la cicatrisation des plaies en multipliant les centres d'épidermisation. De chaque îlot d'épiderme transplanté partaient des expansions épidermiques qui rejoignaient bientôt les expansions des îlots voisins. La cicatrisation des plaies était incontestablement avancée par cette pratique, mais le résultat final était le même que dans la cicatrisation naturelle.

Avec les grandes greffes autoplastiques j'ai poursuivi un but tout différent. J'ai voulu non seulement obtenir rapidement la guérison de la plaie en recouvrant toute sa surface en une ou deux séances, mais remplacer le tissu cicatriciel rétractile, produit inévitable de toute réparation des plaies par granulation, par une peau véritable, souple, non rétractile, ayant dès l'abord et conservant indéfiniment les caractères de la peau normale. J'ai voulu faire, en un mot, une véritable autoplastie et obtenir, au point de vue de l'avenir de la plaie, un résultat analogue à celui qu'on obtient dans les autoplasties par glissement ou par la méthode italienne.

Des faits journellement observés ont, depuis longtemps, mis hors de doute la réussite de la greffe et la vitalité des grands lambeaux dermo-épidermiques et démontré les avantages de notre méthode au point de vue de la cicatrisation rapide des vastes plaies qui n'ont pas en elles-mêmes des conditions favorables pour leur réparation. Mais ce qu'on ne connaît pas suffisamment, ce sont les résultats éloignés de ces greffes autoplastiques, soit au point de vue physiologique, c'est-à-dire au point de vue des modifications tardives qu'elles peuvent subir dans leur structure, soit au point de vue chirurgical, c'est-à-dire au point de vue de leur valeur définitive comme organe de protection et de délimitation. J'ai cependant déjà fait connaître des résultats datant de plus de quinze ans, qui m'avaient démontré la persistance et la stabilité de la greffe ; mais les faits que j'ai publiés se rapportaient à des plaies peu étendues. Celui que j'apporte aujourd'hui me paraît de nature à compléter cette démonstration. Il fournit, du reste, des données nouvelles sur les modifications de forme et de volume des lambeaux et nous montre que ces lambeaux peuvent subir, dans certaines conditions, un accroissement notable.

Il s'agit d'une plaie de forme ellipsoïde, de 2 décim. carrés environ, que j'ai recouverte au moyen de huit lambeaux cutanés, taillés sur la peau des membres sains du même sujet. Ces lambeaux furent appliqués sur la plaie en deux séances, à un mois de distance, pour pouvoir apprécier comparativement la valeur de la greffe, selon qu'on la pratiquait sur une surface fraîchement cruentée ou bien sur une plaie bourgeonnante déjà recouverte d'une couche régulière de granulations.

Le sujet auquel se rapportent les dessins que je mets sous les yeux de l'Académie est âgé de 55 ans aujourd'hui. Je l'ai opéré en 1893. A l'âge de huit ans il était tombé sur une marmite d'eau bouillante. Le genou gauche s'enfonça dans le liquide qui se répandit sur la cuisse et la jambe. Il en résulta une vaste brûlure qui fut très longue à se cicatriser et ne se cicatrisa même jamais complètement à la face externe du genou. C'est sur cette partie, qui ne pouvait s'épidermiser, que se développa un cancroïde qui paraissait s'étendre profondément et pour lequel on avait proposé au malade l'amputation de la cuisse.

Avant d'en venir à cette extrémité je voulus essayer l'ablation de la partie dégénérée et la réparation de la perte de substance par les greffes autoplastiques.

Le cancroïde ayant été enlevé largement et poursuivi au delà de l'aponévrose dans un interstice musculaire, je détachai avec un long bistouri, sur les cuisses du malade, six lambeaux de peau de 15 à 20 centim. carrés que j'étalai sur la plaie (en les rapprochant les uns des autres) de manière à en recouvrir les trois cinquièmes environ. Les lambeaux taillés en dédolant, la peau tendue avec les doigts, sont plus épais au centre qu'à la circonférence, à cause de la forme cylindrique du membre. Ils se rétractent immédiatement et diminuent de moitié environ par le fait de cette rétraction.

Cette première opération fut faite le 27 novembre 1893. Tous les lambeaux se greffèrent parfaitement ; aucune partie ne se mortifia sur les bords. Un mois après, quand la partie de la plaie laissée à nu fut recouverte d'une couche granuleuse, je détachai sur la face dorsale de l'avant-bras deux longs lambeaux de 25 à 28 centim. carrés et je les étalai sur cette surface granuleuse. Ils prirent comme les premiers, et vingt jours après la cicatrisation était à peu près complète ; les intervalles des lambeaux étaient comblés par des expansions épidermiques provenant des bords de ces lambeaux.

Peu à peu cette nouvelle peau est devenue plus égale, plus uniforme. Les intervalles des transplants sont devenus de moins en moins apparents. On peut cependant les reconnaître toujours, comme le montrent les dessins pris à divers intervalles, et aujourd'hui, quatre ans et demi après la transplantation, il faut une grande attention pour déterminer les limites primitives des lambeaux, ce qui rend en certains points leur mensuration difficile.

La coloration de la peau transplantée est devenue normale ; elle présente encore cependant des nuances en rapport avec les régions sur lesquelles les transplants ont

été pris. Ceux qui ont été taillés sur la face antérieure des cuisses sont plus blancs et plus glabres que ceux qui ont été empruntés à la face dorsale de l'avant-bras. Ces derniers sont plus pigmentés et plus poilus. Les poils ont continué de vivre ainsi que les glandes qui les accompagnent et dont les sécrétions conservent à la peau une douceur et une souplesse que n'ont pas les cicatrices.

N'ayant pu examiner la structure histologique de ces lambeaux je puis seulement les apprécier au point de vue de leurs caractères macroscopiques et de leurs fonctions. Ils donnent au toucher la sensation d'une peau souple, douce au toucher, épaisse, glissant sur les tissus profonds, plus souple que la peau ancienne qui les entoure et qui avait été altérée par la brûlure subie quarante-deux ans auparavant. Au point de vue de la sensibilité, le sujet prétend sentir comme du côté opposé, mais il est difficile d'isoler la sensibilité propre de la peau de celle des tissus sous-jacents.

Pendant longtemps nous avons fait protéger la partie opérée pour éviter les chocs et les frottements violents qui auraient pu ulcérer les lambeaux, mais aujourd'hui notre opéré ne prend plus de précautions spéciales. Il est vigneron et travaille la terre comme auparavant, mieux même, car ses mouvements sont plus libres, grâce à la suppression d'un tissu cicatriciel inextensible et à son remplacement par un tissu souple non rétractile qui ne limite pas, comme la cicatrice primitive, les contractions des muscles et, par suite, l'extension de l'articulation.

La souplesse du nouveau revêtement cutané est la même partout, au niveau des dernières greffes comme sous les premières, c'est-à-dire au niveau de celles qui ont été implantées sur une membrane granuleuse et de celles qui ont été appliquées immédiatement sur la plaie fraîchement cruentée. Une fois recouverte par les lambeaux dermo-épidermiques, la couche granuleuse se résorbe ou s'assouplit. Il est donc inutile de l'enlever par le raclage, comme le pratiquait Thiersch, de Leipsig, à moins qu'elle ne soit trop épaisse ou mal organisée, c'est-à-dire qu'elle soit diffluente ou hémorragique, et encore, dans ces derniers cas, vaut-il mieux la modifier par des pansements astringents que de l'enlever par le raclage qui expose à des hémorragies consécutives.

En comparant les dessins qui représentent le résultat de l'opération à trois ans et demi de distance, on voit que les dimensions de la partie recouverte par les greffes ne sont pas les mêmes. L'espace comblé par la peau de formation nouvelle est sensiblement plus grand. Au lieu de se resserrer comme les pertes de substance réparées par les processus de la cicatrisation secondaire, l'espace qui représente l'ancienne plaie s'est agrandi, et plusieurs lambeaux sont manifestement plus grands qu'au moment de leur implantation. La peau nouvelle s'est surtout étendue dans le sens longitudinal du membre. Le diamètre longitudinal, qui était de 196 millim. à 200 millim., est de 235 millim. aujourd'hui. Le diamètre transversal maximum n'a gagné que 5 ou 6 millim.

C'est là un fait nouveau dans la physiologie des lambeaux transplantés en chirurgie humaine, et il n'est pas sans intérêt d'en rechercher l'explication. Les lambeaux de peau transplantés à distance ou seulement déplacés dans des régions voisines sont soumis à une atrophie progressive et perdent toujours plus ou moins de leurs dimensions premières.

C'est ce que l'on observe d'une manière saisissante après la rhinoplastie. Les nez refaits avec des lambeaux empruntés aux parties voisines s'atrophient toujours dans une mesure très sensible et, souvent, dans des proportions telles que, au bout de quelques années, un organe primitivement exubérant devient à peine suffisant pour boucher l'ouverture des fosses nasales.

Si nous constatons un agrandissement de nos lambeaux, ce n'est pas à une hypertrophie propre, à une hyperplasie de leurs éléments anatomiques que nous devons l'attribuer. La transplantation n'augmente pas, surtout chez l'adulte, la vitalité des tissus transplantés ; elle ne donne pas une nouvelle énergie à leurs propriétés végétatives. Il y a cependant, dans l'histoire de la greffe animale, des faits qui prouvent que la transplantation de certains tissus peut leur donner une énergie nouvelle ; mais nous ne l'avons jamais observé sur l'homme, à titre définitif du moins. Et si dans le cas présent nous trouvons des lambeaux plus grands qu'au moment de leur transplantation, c'est à une autre cause que nous l'attribuons. Nous voyons là l'effet d'une cause physique. C'est l'extension de ces lambeaux par les tiraillements exercés sur eux dans les mouvements de la région, qui nous paraît expliquer l'agrandissement de leur surface.

Qu'il y ait, sous l'influence de ces mouvements et de l'activité plus grande de la circulation, un peu d'hyperplasie interstitielle, c'est possible ; mais je n'ai jamais vu un agrandissement appréciable des lambeaux cutanés en dehors de la cause que je signale.

Pathogénie et histogénèse du cancer (maladie parasitaire). M. F. J. Bosc. — Dans nos précédentes notes, nous avons montré qu'il existe dans les cancers des formations anormales dont la morphologie, l'étude des colorations, de la structure, du siège et de la répartition dans les tumeurs, l'existence de cycles évolutifs, constituaient les preuves de la nature organisée, vivante, de l'origine exogène et de la condition parasitaire.

La possibilité d'obtenir des *cultures* de ces organismes constitue une nouvelle preuve à l'appui de ces conclusions.

Dans les cultures faites sur du sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsue avec des raclages ou de petits fragments de cancers déjà examinés au point de vue des formes parasitaires, nous avons suivi le développement hors des cellules de formes très variées, aboutissant à l'apparition d'abondantes formes sporiques fragiles et enfin à la pullulation de formes de petite taille. Malheureusement, malgré tous nos efforts, nous n'avons pu arriver à obtenir des ensemencements en série, c'est-à-dire des cultures pures.

Ces parasites appartiennent à la classe des *sporozoaires*. C'est ce que nous montre l'examen des tumeurs spontanées chez des animaux porteurs de sporozoaires bien connus (poisson, lapin) et la comparaison entre les diverses espèces de sporozoaires saprophytes (coccidies, grégarines, gymnosporées, myxosporidies) et les parasites du cancer. Les colorations, la structure, l'évolution dans les cellules, les cycles évolutifs sont comparables ; dans les deux cas, on constate un *dimorphisme* évolutif non douteux dont les stades asporulés nous expliquent les infections aiguës chez les animaux et les poussées aiguës de certaines tumeurs, chez l'homme.

Les sporozoaires développés dans les cancers doivent en être considérés comme les agents pathogènes. Leur cons-

ance, leur nombre, leur répartition dans la zone d'accroissement, le rapport qui existe entre l'évolution de la tumeur et le cycle évolutif prédominant, sont déjà des preuves de valeur considérable.

Une preuve d'ordre expérimental et de caractère plus précis nous est fournie par l'*inoculation des tumeurs qui renferment des parasites*. Les expériences que nous avons faites avec Vedel nous ont montré que les tumeurs spontanées à sporozoaires connus (lapin) sont inoculables; que les tumeurs animales malignes à parasite indéterminé sont également inoculables, du rat au rat (Hanau, Morau), du chien au chien (Wehr); que les tumeurs humaines peuvent être inoculées au cobaye et au chien), trois cas de sarcome mélanique inoculé au cobaye et trois cas de cancer humain inoculé dans le péritoine de chiens avec généralisation au péritoine dans un cas et, dans l'autre, avec noyaux secondaires dans le poumon). Les faits de Hahn et de Cornil montrent, en outre, que le cancer est inoculable de l'homme à l'homme.

On peut objecter à ces expériences que la substance inoculée est trop complexe et qu'il est indispensable de reproduire le cancer avec des cultures pures du parasite d'un cancer donné.

N'ayant pu arriver à obtenir des cultures pures, nous avons tourné la difficulté en inoculant à des animaux des formes de résistance (kystes sporulés) de C. oviforme du lapin, de klossia de l'hélix et de la grégarine du lombric, recueillies aseptiquement.

Chez le lapin, l'inoculation de C. oviforme a produit des tumeurs identique aux tumeurs spontanées; l'inoculation de klossia dans le péritoine de chiens, de lapins et de cobayes a produit de petites tumeurs disséminées; l'inoculation de spores de la grégarine du lombric dans le sac lymphatique dorsal d'une grenouille amena la formation, en deux mois, d'une tumeur sous-cutanée du volume d'un petit pois. Dans les tumeurs, de structure sarcomateuse, nous avons pu suivre le passage entre la spore, le sporozoïte et les divers types d'inclusions cellulaires. Ces dernières étaient identiques à la fois aux formes évolutives des parasites inoculés et aux inclusions des tumeurs humaines.

L'*histogenèse* des tumeurs est singulièrement éclairée par la conception de leur nature parasitaire. L'étude des tumeurs animales nous a montré que l'envahissement d'un épithélium par les parasites amène sa prolifération et l'hypertrophie des éléments cellulaires, mais que l'épithélium peut être détruit par le développement du parasite; ce dernier envahit le tissu conjonctif, de sorte que la néoformation primitivement épithéliale est devenue conjonctive. L'ensemble du processus ne diffère en rien, au point de vue histogénique, de celui que l'on constate dans les tissus chroniquement enflammés.

Ces notions sont entièrement applicables aux tumeurs humaines :

L'*épithéliome*, dû au développement primitif du parasite dans un épithélium, peut se compliquer d'un processus de prolifération conjonctive; le *carcinome*, dont l'origine est le plus souvent épithéliale, devient, dans la suite de son développement, une tumeur d'origine conjonctive; le *sarcome* représente une tumeur de type conjonctif.

Le seul élément spécifique des tumeurs malignes est le parasite; la formation de la tumeur doit être ramenée à un processus d'inflammation banal portant sur un ou plusieurs tissus. La cellule cancéreuse n'a par elle-même aucune signification; c'est une cellule parasitée que l'on peut retrouver avec le même aspect dans l'épithéliome, le carcinome ou le sarcome.

Les tumeurs cancéreuses ne se différencient des autres processus d'inflammation chronique que par la nature et la vie parasitaire de l'agent causal. Le parasite ne paraît provoquer d'abord que l'hypernutrition de la cellule et il ne la détruit que lentement, en vivant à ses dépens et en comprimant de plus en plus son noyau. Ainsi s'explique la formation de la tumeur, lésion locale à marche lente. Dans les cancers à marche rapide, les formes asporulées dominent et il est probable que les parasites présentent une *virulence* que nous ne savons pas mesurer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 10 mai 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend : 1° des lettres de MM. les Drs Kirmisson et Schwartz qui se portent candidats dans la section de pathologie chirurgicale; 2° des lettres de MM. les Drs Ménière et Galippe qui se portent candidats dans la section des associés libres; 3° une lettre de M. le Dr M. Mendelssohn, agrégé de physiologie à l'Université de Saint-Pétersbourg, qui se porte candidat au titre de correspondant étranger dans la section d'anatomie et de physiologie.

Anthropologie. — M. Liétard fait une communication sur la résistance qu'opposent aux influences hygiéniques les types des races considérées au point de vue de la taille. Il montre, par des exemples résultant de l'étude faite par lui de la répartition des tailles dans les divers cantons des Vosges, que la misère physiologique a pour résultat certain l'abaissement de la taille moyenne dans un groupe de population. Mais les influences par lesquelles elle agit retentissent toujours sur l'ensemble, elles ne peuvent avoir pour conséquence de créer un type secondaire, par différenciation pathologique, dans une agglomération se rattachant à une seule race. Elles ne sont pas davantage capables d'amener, à elles seules, la fusion des types dans une population formée par deux races juxtaposées.

Orthoforme. — M. Pozzi présente une note du Dr Blondel sur divers emplois de l'orthoforme en gynécologie, en particulier sur son application à l'anesthésie locale de l'utérus dans le traitement de l'endométrite et même pour la pratique du curettage. L'orthoforme, c'est-à-dire l'*acide para-amido-metoxy-benzoïque*, est un dérivé de la cocaïne, jouissant du même pouvoir analgésique que celle-ci, mais avec une durée qui peut atteindre vingt-quatre heures, et une innocuité absolue. M. Blondel a employé pour la dilatation utérine des laminaires ayant séjourné huit jours dans l'éther saturé d'orthoforme et qui, presque dans tous les cas, n'ont provoqué qu'une douleur insignifiante. Une série de cinquante malades ont été guéries de leur endométrite dans une moyenne de trois semaines par l'emploi du drainage intra-utérin à la gaze antiseptique imbibée de glycérine, pansement que l'auteur emploie depuis six années avec succès et resté jusque-là assez douloureux encore, mais qui, grâce à l'adjonction d'orthoforme en suspension dans la glycérine, n'a provoqué aucune douleur et a permis aux malades d'aller et venir en vaquant à leurs occupations. Le curettage a pu être pratiqué d'une façon presque com-

plètement indolore après tamponnement préalable de l'utérus avec la gaze à l'orthoforme une heure avant l'opération

L'iodure d'arsénic chez les enfants lymphatiques et scrofuleux. — M. Cadet de Gassicourt fait un rapport sur un travail lu récemment à l'Académie par le Dr Rousseau St-Philippe, de Bordeaux. (V. *France méd.*, n° 16, p. 247.)

Sur la valeur diagnostique des réflexes dans les lésions de la partie cervicale de la moelle épinière. — M. Mendelssohn, de Saint-Pétersbourg, lit un travail sur ce sujet.

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse. — M. Reclus fait un rapport sur un travail relatif à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse lu à l'Académie par M. Moty. L'évolution de la dent de sagesse peut amener des accidents très variables soit locaux soit généraux. D'après l'opinion généralement admise jusqu'ici, ces accidents de toutes sortes auraient pour cause unique l'insuffisance de place laissée à la dent de sagesse. Ces accidents sont surtout l'apanage des races supérieures dans lesquelles le front se développe aux dépens du maxillaire inférieur qui ne contient plus une place suffisante pour les dents de sagesse. Pour M. Moty, au contraire, ces accidents seraient dus à des masses épithéliales qui seraient des sortes de kystes dermoïdes pouvant s'enflammer spontanément; cette inflammation serait une sorte de réaction de la nature pour se débarrasser des masses épithéliales qui pourraient être l'origine de tumeurs malignes.

Ces masses épithéliales ont été rencontrées dans un trop grand nombre de cas pour qu'on en puisse nier l'existence ; quant à la théorie, elle est plus discutables. L'inflammation de ces masses paraît beaucoup moins fréquente que ne le pense M. Moty. Les suppurations sont infiniment rares; on voit des kystes dermoïdes de la queue du sourcil durer plus de 25 ou 30 ans sans subir aucune inflammation. Si on devait laisser de côté l'ancienne théorie, celle de la place insuffisante, il y aurait un certain nombre de faits qu'on ne s'expliquerait pas. Dans le maxillaire inférieur l'évolution vicieuse de la dent de sagesse devient tout à fait rare quand la deuxième molaire a été enlevée ; il n'y a cependant là aucun changement dans l'état des masses épithéliales, la seule différence est que la dent de sagesse a plus de place pour évoluer. M. Reclus propose donc de s'en tenir à la théorie ancienne.

Le lait. — M. Cagny veut appeler l'attention des médecins sur ce fait que le laitlemeilleur pour l'alimentation est celui des vaches ayant un rendement moyen, vivant au grand air et à la campagne, nourries avec des herbages naturels.

Massage abdominal. — M. Cautru veut démontrer qu'à la suite des massages on voit se produire une diurèse abondante, dans les affections cardiaques. Le massage régularise la pression artérielle et fait disparaître la congestion des veines mésaraïques ; c'est un des meilleurs remèdes préventifs de l'artério-sclérose. La composition des urines, de même, se rapproche de la normale.

L'hémostase en général. — M. Doyen présente deux instruments destinés à obtenir l'hémostase dans les opérations chirurgicales.

A 4 h. 45. l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mai 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Lipomatose symétrique. — MM. Jeanselme et Buffnoir présentent un malade atteint de lipomatose symétrique. Des pelotons adipeux se rencontrent au-dessous du menton, de chaque côté, à la nuque, aux creux sus et sous-claviculaires et au triangle de Scarpa. D'autres masses plus diffuses siègent à la partie supérieure des moignons des épaules, à la partie abdominale antérieure, et au niveau de la région lombaire.

Dans ces masses adipeuses, on ne peut constater la présence d'aucun ganglion; cette observation ne peut donc pas servir à confirmer l'hypothèse de l'origine lymphatique des lipômes symétriques ; toutefois, elle ne la combat pas non plus, car la plupart des masses adipeuses comprennent des régions ganglionnaires. La rate n'est pas trop hypertrophiée. L'examen du sang, pratiqué par M. Bensaude, dénote une anémie du second degré avec leucocytose légère et rareté des petits globules blancs mononucléaires.

Chez ce malade il existe encore quelques symptômes insolites dont le rapport avec la lipomatose est loin d'être établi : les auteurs signalent une pigmentation très accusée au niveau du cou, des extrémités supérieures et inférieures et des parties antéro-latérales du tronc, un vitiligo de la région anti-brachiale, enfin, un cordon dur et irrégulier siégeant sur la face externe de la cuisse gauche.

Le malade est alcoolique et albuminurique, mais on ne peut savoir la part qui revient à ces facteurs étiologiques dans la production de cette maladie.

Zona ophtalmique. — M. L. Jacquet présente un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique chronique chez lequel l'administration quotidienne de 2 grammes d'iodure de potassium pendant quatre jours fit apparaître un zona ophtalmique léger suivi d'une névralgie du nerf facial droit sans paralysie. Il y a quatre ans l'administration de la même dose d'iodure de potassium avait produit, au bout de quelques jours, une paralysie faciale gauche qui dura six semaines, et il y a deux ans, l'ingestion de l'iodure amena de vives douleurs dorso-lombaires.

C'est la deuxième fois que M. Jacquet voit survenir une névralgie faciale sous l'influence de l'iodure. Peut-être peut-on expliquer l'apparition des troubles par la constitution des lésions cellulaires nerveuses, que Nageotte et Ettlinger ont récemment observée dans l'intoxication iodo-potassique chez les animaux.

Bégaiement spécial. — M. Jacquet présente un autre malade, fils d'alcoolique, qui n'est ni alcoolique, ni hystérique, et qui est atteint d'une variété bien spéciale de bégaiement. Quand le malade veut répondre à une question qui lui est posée, il fait tout d'abord des efforts considérables, pendant lesquels le diaphragme se contracte spasmodiquement ainsi que les muscles abdominaux et les muscles faciaux. Après un temps notable, la parole sort, tantôt avec les caractères habituels du bégaiement, tantôt facile et nette. Pendant le temps qui précède l'émission de la voix, on peut entendre un bruit de glou glou très marqué dû à des contractions pharyngo-œsophagiennes. Ces troubles n'existent pas quand le malade parle après avoir fait une course, ou quand il chante.

Arthrite et synovite à pneumocoques, sans pneumonie.

— MM. Widal et Lesné rapportent une observation d'arthrite et de synovite à pneumocoques, apparues primitivement, et guéries spontanément Le malade, ancien rhumatisant, présenta brusquement des phénomènes inflammatoires au niveau d'une articulation sterno-claviculaire et du dos de la main gauche, pendant que la température s'élevait à 39°. L'articulation gonflée devint fluctuante, et une ponction ramena une petite quantité de pus à pneumocoques. La guérison survint sans qu'il fût nécessaire d'intervenir.

Phlébite goutteuse de la région scrotale. — M. Le Gendre. Un jeune homme de 30 ans, israélite, ayant présenté déjà plusieurs manifestations goutteuses (congestion myositique, crises névralgiques de la mâchoire, diplopie passagère précédant un accès) fut pris en février dernier, après avoir assisté à toutes les séances du procès Zola où il était resté de longues heures debout, d'une douleur très intense à la racine du scrotum. A ce niveau on percevait une tuméfaction mollasse, longue de 3 à 5 centimètres, mal limitée et très douloureuse au toucher. En s'appuyant sur les antécédents du malade, M. Le Gendre porta le diagnostic de phlébite goutteuse. Deux chirurgiens consultés pensèrent l'un à une cowpérite, l'autre à un fibrôme pédiculé, ce dernier conseilla même l'ablation. Le malade garda le repos au lit, et vers le vingtième jour, une fluxion articulaire étant apparue au niveau du gros orteil, la masse du scrotum diminua en quelques heures, ce qui prouva bien qu'elle était d'origine goutteuse. Dans ces conditions, la lésion veineuse n'est probablement pas constituée par une thrombose avec caillot, mais plutôt par une inflammation partielle des parois de la veine avec tuméfaction péri-phlébitique. M. Le Gendre n'a eu, dans ce cas, recours à aucun médicament, laissant l'accès articulaire se produire dans la crainte d'une manifestation viscérale plus redoutable.

M. Dumontpallier se demande s'il n'y aurait pas eu intérêt à chercher, dans ce cas, à produire l'accès articulaire. Il se rappelle avoir rencontré, chez certains goutteux, des névralgies dentaires analogues aux crises névralgiques que M. Le Gendre a notées chez son malade.

M. Sevestre a vu survenir chez une goutteuse une phlébite des membres inférieurs qui guérit très rapidement pendant que survenait une phlébite du bras. Il pense aussi que les lésions dans ces cas, sont peu intenses.

M. Rendu. Les douleurs vagues, qui s'observent chez les goutteux, sur le trajet des veines, représentent le premier degré d'une irritation, qui, plus intense, aboutira à l'inflammation pariétale avec péri-phlébite.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

Séance du 18 avril 1898. — Présidence de M. Tripet.

Péritonite tuberculeuse. Traitement par l'huile gaiacolée. — M. Desternes. Le 11 septembre 1897, M. X... présentait tous les signes d'une colique néphrétique droite très violente, la crise se prolongeait jusqu'au matin, urines chargées, boueuses. Pendant les deux jours qui suivent, l'abdomen est ballonné, très sensible, les douleurs sont intolérables au moment des mictions et des selles. Temp. rectale 38° 5. Le troisième jour, la région prostatique est gonflée, douloureuse et le cinquième jour, on constate, un empâtement dans la fosse iliaque gauche ; le sixième jour, l'empâtement s'est étendu dans la région sus-pubienne et surtout dans la fosse iliaque droite où il prédomine. Par le toucher rectal combiné à la palpation abdominale, l'on perçoit une masse inflammatoire étendue, faisant saillie dans la région prostato-péritonéale et dont les limites ne peuvent être atteintes. La température oscille de 38° 6 à 39.

Vers le douzième jour, les symptômes s'amendent ; le malade, après quelques jours de constipation opiniâtre, vient d'avoir de bonnes selles, l'urine est limpide, le ventre assez souple, la température est normale, le pouls bon, quoique fréquent.

Pendant un mois les progrès sont sensibles, l'appétit renaît, les douleurs n'apparaissent plus qu'au moment des mictions et des selles, la température reste normale. A deux reprises cependant, poussée subite à 39°, précédée de frissons, suivie de sueurs profuses. Notons encore que durant toute cette période le pouls reste fréquent, variant de 80 à 104.

Localement, la zone d'empâtement diminue et fait place dans les fosses iliaques à des résidus indurés et bosselés. Le 29 octobre, le Dr Achard, après examen, inscrit sous cette forme le diagnostic : « Péritonite chronique avec reliquats d'adhérences et d'exsudats caséeux. Poussées congestives appendiculaires. Péricystite. » Par l'examen bi-manuel recto-hypogastrique on perçoit une épaisse masse indurée encapuslant la vessie, donnant, selon la comparaison de M. le Dr Desnos qui examine le malade, la sensation d'un volumineux fibrôme utérin.

Brusquement, sans que rien pût faire prévoir cet incident, le 5 novembre, le malade rend dans une miction un demi-litre de pus. Cette évacuation par la vessie continue pendant douze jours, puis s'arrête. Pendant les trois jours qui suivent, l'état du malade s'aggrave ; vers le 25 novembre le pus apparaît dans les selles, depuis cette époque l'évacuation du pus s'est faite par l'intestin.

Traitement : lavages rectaux très chauds à l'eau boriquée. Salol. Benzonaphtol. Glycérophosphates. Révulsion par la teinture d'iode et les pointes de feu. Enfin, sur le conseil de M. le Dr Desnos, injections d'huile gaïacolée. Deux ampoules, contenant un gramme de gaïacol, sont injectées dans la fesse d'abord tous les deux jours, puis tous les jours. En trois mois, du 1er décembre au 15 mai 1898, 50 injections sont faites.

Avant de décrire les résultats obtenus, notons que, du 10 décembre au 1er janvier 1898, une poussée nouvelle et très violente s'est faite dans l'abdomen, l'empâtement s'est étalé, envahissant la région périombilicale devenue très douloureuse. L'état général fut très atteint, puis le mieux reparut et n'a fait que croître jusqu'à ces derniers jours. Actuellement l'état du malade est très sensiblement amélioré ; il a bon appétit, dort bien, se lève tous les jours et sort quand la température le permet ; le pus a presque totalement disparu dans les selles qui renferment surtout des matières glaireuses, des productions ressemblant à du vermicelle et qui tiennent à l'entérite muco-membraneuse. A l'examen nous trouvons le ventre souple, à peine sensible dans la région appendiculaire légèrement empâtée. Dans la fosse iliaque droite, des indurations ganglionnaires, stationnaires depuis plusieurs mois. L'énorme empâtement médian sus-vésical a totalement disparu.

Conclusion. — Tels sont les accidents présentés par notre malade ; nous les attribuons à de la péritonite tuberculeuse,

bien que l'examen du pus, fait par le Dr Brault, n'ait pas révélé la présence du bacille de Koch.

L'évolution de ces accidents nous a paru présenter un intérêt véritable : par son début brusque sous la forme d'une colique néphrétique; par la marche anormale de la suppuration et son mode d'évacuation; enfin et surtout par la résolution presque complète des exsudats, que nous attribuons au traitement intensif par les injections d'huile gaiacolée.

Par son action tonique générale, par son action antiseptique et surtout antibacillaire puissante, par son action résolutive sur les exsudats caséeux et purulents, le gaiacol, employé à doses suffisamment élevées, nous paraît un agent thérapeutique précieux dont on peut espérer les meilleurs effets dans le traitement de certaines formes de tuberculose péritonéale et génito-urinaire.

M. Le Tellier accorde également une certaine confiance au traitement par l'huile gaiacolée. Il croit cependant devoir faire quelques réserves sur la durée de l'amélioration ainsi obtenue chez les malades; il croit que le gaiacol donne de bons résultats surtout dès le début, qu'il souffle pour ainsi dire les malades, mais que malheureusement arrive une période de saturation, à partir de laquelle la médication n'agit plus, même si on élève les doses, et qu'en somme l'amélioration constatée ne se maintient pas.

M. Boursier fait remarquer qu'il s'agit surtout dans le cas de M. Desternes de tuberculose génito-urinaire. C'est celle-ci qu'il tient surtout à envisager. Or l'huile gaiacolée paraît bien plus efficace dans le traitement des tuberculoses locales que dans la tuberculose pulmonaire. La tuberculose génito-urinaire, particulièrement, est une tuberculose parfois très lente, et il existe même des cas de guérison de cette affection. Pour ce qui est de la recherche du bacille de Koch, en général on ne le trouve pas, alors même que la tuberculose ne peut faire de doute. Chez les tuberculeux génito-urinaires, à côté du traitement général, il faut tenir grand compte du traitement local et surtout des instillations de sublimé à 4 ou 5 pour 10.000, selon la méthode du Pr Guyon.

M. Bouloumié admet également l'efficacité des injections d'huile gaiacolée et des installations de sublimé. Dans les deux cas, on a de très bons résultats. Il est donc bon d'avoir ces deux moyens thérapeutiques à sa disposition, quand il s'agit d'une affection comme la tuberculose génito-urinaire. Seulement les bons résultats constatés ne sont en général pas durables.

M. Desnos connaît et a vu le malade qui a fait le sujet de l'observation de M. Desternes. Ce qu'il y avait de remarquable dans son état, c'étaient surtout les oscillations auxquelles il fut soumis. Tout d'abord on ne pouvait guère que soupçonner l'existence d'une tuberculose génito-urinaire. Plus tard seulement, le diagnostic devint de toute évidence. Après quoi on assista à une amélioration considérable, une guérison pourrait-on presque dire ! Puis nouvelle poussée violente de tuberculose vésicale et prostatique, suivie d'une amélioration nouvelle durant deux ans pleins et enfin péritonite tuberculeuse. Jamais, on l'a dit, on ne put constater de bacilles tuberculeux. Mais l'examen du contenu de la poche évacuée par la vessie montra la présence de pneumocoques. C'est après cette évacuation que le malade fut guéri. M. Desnos accorde une grande confiance au gaiacol et à la créosote. Quand, pour une raison quelconque, on ne peut chez un malade recourir aux injections, la créosote en lavements à la dose quotidienne de 1 gramme, 2 grammes, 2 grammes 1/2, lui paraît le meilleur traitement. Toujours il y a de l'amélioration. Reste à savoir ce que durera celle-ci. Peut-on dire qu'il y aura guérison ? Il est impossible de le dire, en tous cas il faut l'admettre avec une certaine réserve, comme le lui a prouvé encore une observation très récente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mai 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Injections anti-tétaniques préventives. — M. Monod. Une femme atteinte d'une luxation réduite du poignet reçoit une injection anti-tétanique préventive à Saint-Antoine. 16 jours, après apparition des spasmes tétaniques dans le membre où s'était montrée de la suppuration. Amputation du membre et nouvelle injection anti-tétanique. La malade guérit. Cette guérison est-elle due à l'injection ou à l'amputation du membre?

Psychoses post-opératoires. — M. Ollier. Il y a des psychoses non seulement post, mais encore anté-opératoires. Certains malades ont dû ne pas être opérés par suite des troubles cérébraux survenus entre le moment où on décide l'opération et celui où on devait la faire.

Je me rappelle une malade atteinte de cancer pour lequel une petite opération était prévue qui fut prise de lypémanie avant l'intervention, laquelle ne put avoir lieu.

C'est surtout avant l'ère de l'antisepsie, alors que la terreur d'opérations plus dangereuses existait, que j'ai pu observer des faits de psychoses anté-opératoires, et dus très certainement à la peur.

J'ai vu aussi des troubles mentaux dus à l'intoxication anesthésique, et je crois que le chloroforme a plus d'inconvénients que l'éther. Je vis une malade qui, dès le lendemain d'une intervention où avait été donné le chloroforme, fut prise de mélancolie avec tendance au suicide, qui mit ses jours en danger et dura pendant un temps assez long. Plus tard cette malade eut à être de nouveau opérée; cette fois on donna l'éther, il ne fut suivi d'aucun trouble mental. Peut-être l'éther a-t-il une action plus rapide, plus légère.

Quant à l'action des opérations sur les organes génitaux, je pense qu'elle n'est pas plus fréquente que sur tous autres organes. Les cas que j'ai vus sont presque toujours chez des hystériques et n'ayant rien de spécial.

Il est un genre de psychoses que j'ai pu voir chez des opérés de cataractes. Les opérés, les vieillards deviennent exaltés, et peuvent mourir dans la démence. Je n'observe plus ces faits, ils sont moins fréquents qu'autrefois alors qu'on isolait les malades, qu'on les mettait dans l'obscurité, sous des rideaux, etc. C'est certainement à cet isolement, à la terreur que ces troubles peuvent être dus.

Chez une malade atteinte de prolapsus utérin, à laquelle je fis une hystéropexie, survint un délire qui mit ses jours en danger.

La psychose anté ou post-opératoire n'est pas due à l'opération même, mais à l'action nerveuse due à la nouvelle de l'opération et à la terreur qu'elle inspire. C'est un trouble nerveux et surtout moral.

M. Le Dentu. Il est des causes délirantes tout autre que l'alcoolisme. En 1890, j'ai fait une clinique où j'accumulais

toutes les opinions d'auteurs qui se sont occupés de la question, et 12 cas de délire.

Depuis ce temps, j'ai pu recueillir 11 cas nouveaux, 5 cas à la suite d'opérations sur l'appareil génital de la femme, et 6 cas de chirurgie générale.

De cette proportion des chiffres, il me semble indéniable que l'acte opératoire sur les organes génitaux de la femme est une prédisposition manifeste à l'apparition des troubles cérébraux post-opératoires.

Les délires post-opératoires se divisent en délire d'excitation et délire de dépression avec des nuances plus ou moins prononcées et difficiles à saisir.

Il y a des faux délires à cause toxique, infectieux, puis uro-toxinique. Même pour ces délires à cause définie, il faut aussi admettre une prédisposition : beaucoup de malades prennent de l'iodoforme, de l'infection et n'ont pas de délire. Aussi, même pour ces formes, il faut admettre une part de prédisposition.

Il y a les délires d'origine cérébrale pure, les délires maniaques, les délires hystériques et les délires séniles. Ceux-là sont bien connus et incontestables, ils ne demandent qu'une occasion de se réveler et l'opération est cette occasion.

M. Gérard Marchant. — J'éliminerai des psychoses les accidents hystériques et par intoxication. Mais je réserve ce nom à un trouble cérébral dû à l'intervention seule. Deux faits : une malade venue de province, âgée de 70 ans, à laquelle j'enlevai le sein, fut prise d'affaiblissement cérébral le soir même et a déliré jusqu'au jour où elle a repris ses occupations. Un homme atteint de gangrène momifiante, âgé de 78 ans fut amputé de la cuisse et le soir même il est pris des mêmes accidents, sans fièvre non plus que la précédente. Il ne reconnaissait personne, ne voulait plus manger, mais il guérit et ne recouvra la raison que lorsqu'il reprit la vie des champs.

Ces malades avaient été transportés des champs dans un milieu tout nouveau pour eux, avec nombre d'émotions, aussi sont-ils dépaysés, pourrait-on dire, et ce n'est qu'au retour dans leur pays que la raison revient.

J'ai pu voir aussi des malades jeunes auxquelles j'ai enlevé le sein complètement, sans les prévenir, tomber dans une véritable mélancolie, par suite de perte forcée de leurs habitudes mondaines.

Un malade auquel j'avais enlevé le ganglion de Gasser fut pris de délire violent, de véritable manie pendant trois semaines, le tout sans fièvre et je ne puis attribuer ces accidents qu'à la perturbation infligée au système nerveux au moment de l'ablation du ganglion. Enfin chez une autre à laquelle je disséquai le grand sympathique se montra un délire analogue. Délire en somme par lésion du centre nerveux plus ou moins proche de ce centre.

Pour certains malades, les faux blennorrhagiques, les varicocèles, il faut savoir que les malades exaspérés, dès qu'on consent à leur faire la moindre opération, peuvent devenir des délirants, des délirants violents.

Il est une sorte de triade symptomatique, dilatation de l'estomac, rein mobile et utérus malade, qu'il faut redouter chez tous les malades; n'opérez pas ces malades. L'acte opératoire aboutit à l'éclosion d'une aliénation mentale, latente encore, mais qui ne demande qu'à se montrer sous une influence parfois légère. En cherchant, on trouve des antécédents de famille.

J'arrive à l'action du traumatisme sur la folie. J'ai souvenance d'un paralytique général qui, dans une chute, fut atteint de lésions suivies d'une série de phlegmons graves. Or, pendant ces affections et après, pendant quelque temps, survint une rémission momentanée qui permettait d'espérer peut-être une guérison.

Corps étrangers des voies respiratoires chez les enfants. — M. Félizet. Un enfant de 5 ans avale un noyau de prune. Des crises violentes se succèdent et au bout de quinze jours on fait la trachéotomie au moment d'une crise, et la mort survient. Hépatisation du poumon, le noyau était au niveau de la bifurcation de la trachée.

Chez un enfant de 5 ans qui, le matin même, avait avalé un crayon à ardoise, je fis d'emblée la cricotrachéotomie et le crayon vint de suite y faire issue.

Chez les enfants la pénétration d'un corps étranger dans la trachée est des plus graves. L'occlusion de la glotte est le grave accident et c'est la trachéotomie à laquelle il faut recourir le plus rapidement possible.

Fracture du maxillaire inférieur par projectile. Prothèse. Guérison. — Présentation du malade par M. Michaux.

F. Verchère

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Tenu à Montpellier du 12 au 17 avril 1898

(*Suite*) (1)

Inoculations des tumeurs malignes de l'homme aux animaux. — F. J. Bosc et V. Vedel (Montpellier). De nombreux expérimentateurs ont tenté d'inoculer les tumeurs malignes de l'homme à des animaux d'espèces variées (on connaît les cas mis en doute de Langenbeck, Follin et Lebert, Goujon). — Firket aurait réussi des greffes sarcomateuses sur des rats. Mayet a publié un cas d'inoculation positive de cancer encéphaloïde de l'homme au rat blanc avec examen microscopique confirmatif.

Nous avons fait un grand nombre d'inoculations de tumeurs malignes de l'homme au lapin, au cobaye, au chien...

Chez le lapin, l'inoculation sous-cutanée de fragments, en dehors des abcès et des décollements, a été suivie dans plusieurs cas de néoformations dures avec hypertrophies ganglionnaires et adhérentes à la peau. A l'examen microscopique il existait au point d'adhérence une prolifération de l'épithélium malpighien avec inclusions parasitaires et la tumeur proprement dite était constituée par des tractus fibreux dont les mailles renfermaient des cellules irrégulières à gros noyau ; par endroit on rencontrait des alvéoles volumineux remplis de cellules dissociées et caséifiées au centre.

A la suite d'inoculations intrapéritonéales nous avons constaté la formation de petites tumeurs à la surface du foie ou de la rate et de structure conjonctive à grosses cellules nucléées.

Chez le cobaye nous avons obtenu trois cas d'inoculation positive de sarcôme mélanique après injection sous-cutanée ou intrapéritonéale. Dans un cas les ganglions étaient volumineux et il existait à la surface du péritoine une dizaine de granulations noires disséminées. A l'examen

(1) V. *France médicale* 1898, n° 16.

microscopique de la tumeur d'inoculation on a retrouvé la structure du sarcôme inoculé.

Chez le chien, les inoculations sous-cutanées et intraveineuses sont restées sans résultat. Les inoculations intrapéritonéales de gros fragments nous ont donné dans trois cas des résultats positifs.

Dans l'un, deux mois après l'inoculation d'un épithéliome de la lèvre, on trouva une tumeur plus que doublée de volume, très vascularisée, ferme et dont la structure périphérique répondait à celle d'un carcinome en voie d'évolution. Dans un deuxième cas, deux mois et demi après l'inoculation d'un cancer du sein, on trouva une tumeur du volume d'une grosse orange. Celle-ci inoculée à un deuxième chien développa au bout de deux mois, en dehors d'une tumeur du volume du poing, une série de tumeurs de la rate qui, à leur tour, inoculées après trituration à un troisième chien déterminèrent un mois et demi après une éruption de tumeurs variant du volume d'un grain de chénevis à un haricot sur le péritoine viscéral et pariétal. A l'examen histologique de ces dernières tumeurs on se trouvait en présence de néoplasies envahissantes, de structure conjonctive alvéolaire avec cellules irrégulières à gros noyau. Un autre chien, après avoir reçu dans le péritoine un énorme fragment de cancer encéphaloïde, présenta deux mois et demi après une série de petites tumeurs de la rate et des tumeurs disséminées à la partie inférieure du poumon. (Il faut admettre dans ce cas le transport par la voie lymphatique.) Les tumeurs du poumon avaient une structure alvéolaire à grosses cellules et l'on constata des formes particulières parasitaires existant dans la tumeur inoculée.

Ces expériences ajoutées à celles des expérimentateurs précédents nous paraissent résoudre dans le sens de l'affirmative la question de l'inoculation des tumeurs malignes de l'homme aux animaux.

Névrite du plexus brachial avec atrophie des muscles de l'épaule consécutive à la fièvre typhoïde. — MM. Doix et Gaillard (du Mans). — La névrite consécutive à la fièvre typhoïde, relativement rare, affecte parmi les localisations les plus fréquentes la base du cubital aux membres supérieurs et celle du saphène aux membres inférieurs ; nous avons eu l'occasion d'observer un cas intéressant par sa localisation anormale. Il s'agit d'un homme de 22 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité et d'allure normale, présenta bientôt des phénomènes douloureux au niveau du membre supérieur droit, qui au bout de quelques jours firent place à une parésie des muscles grand dentelé, rhomboïde, sus et sous-épineux, deltoïde. Le malade ne peut lever le bras au-dessus de l'horizontale, et dans cette position le bord spinal de l'omoplate fait saillie et est séparé du thorax par une distance de plus de huit centimètres ; c'est le type de la déformation décrite sous le nom d'épaule ailée ; pas de contractions fibrillaires ; on constate un léger tremblement à l'occasion des mouvements volontaires. La sensibilité tactile, douloureuse et thermique présente une diminution notable au niveau de la région deltoïdienne et des fosses sus et sous-épineuse ; pas de troubles vaso-moteurs ni trophiques ; réaction de dégénérescence au niveau des muscles atrophiés.

Tous les muscles atteints sont innervés par les branches collatérales du plexus brachial ; cette localisation névritique à ce niveau est la première à notre connaissance qui ait été signalée.

Des moyens de résistance de l'organisme contre l'arthritisme. — 1° Le Dr Maurel rappelle d'abord les conclusions de sa première communication dans laquelle il a cherché à établir :

a. Que l'arthritisme est dû à l'exagération dans l'organisme des produits de combustion incomplète.

b. Que l'exagération de ces produits est elle-même due à l'exagération des substances inassimilées destinées à la combustion ou aux échanges.

c. Que l'exagération de ces substances est due à la surnutrition ;

2° Ces faits établis, il faut donc en conclure que toutes les conditions qui diminuent la quantité des substances destinées aux échanges en excès dans l'organisme seront utiles à cet organisme. Or, en examinant les diverses manifestations de l'arthritisme, le Dr Maurel a trouvé qu'un certain nombre d'entre elles présentent cet avantage et il les considère donc comme des moyens de défense de l'organisme contre cette diathèse ;

3° Ces manifestations arthritiques sont l'obésité, le diabète, l'albuminurie, ainsi que les hypersécrétions muqueuses et cutanées ;

4° Entrant ensuite dans la pathogénie de chacune de ces affections, il montre comment elle diminue la quantité de substances destinées aux échanges ;

5° Le rôle de ces diverses manifestations de l'arthritisme ainsi établi, il examine ce qui reste de cette diathèse quand on distrait de la symptomatologie si complexe ces moyens de défense ; et il constate que, dès lors, la physionomie propre de l'arthritisme apparaît fortement simplifiée ;

6° Après cette élimination, en effet, l'arthritisme reste constitué.

a. Par les diverses lithiases, uratique, urique, biliaire et calcaire qui évidemment sont les manifestations de l'excès des déchets d'origine organique et animale produits par la surnutrition.

b. Par la sclérose atteignant les vaisseaux et les viscères et ayant pour conséquence une malnutrition des éléments nobles.

c. Par les conséquences de ces malnutritions, se traduisant par une série d'altérations (atrophie, dégénérescence graisseuse) et produisant à leur tour des insuffisances fonctionnelles (cœur, foie, rein, centres nerveux, organes de suspension, etc.)

En résumé, conclut le Dr Maurel, l'arthritisme ainsi compris et ainsi simplifié, peut se résumer ainsi :

1° La surnutrition exagère les produits de combustion incomplète ;

2° Ces produits agissent sur divers tissus, et plus spécialement sur le tissu conjonctif et ses dérivés, qui se modifient dans le sens de la sclérose ;

3° Cette sclérose après quelques générations prend une marche presque irrévocablement propensive. Elle porte sur tous les organes, diminue leur valeur fonctionnelle, et quand elle porte sur les organes de la génération, elle conduit à l'infécondité ;

4° L'arthritisme est donc, au fond, surtout une sclérose produite par les substances en voie d'oxydation et dont la tendance se transmet par hérédité.

Ces idées bien comprises, ajoute le Dr Maurel, il sera facile désormais de voir, parmi les formes si multiples et si variées de l'arthritisme, celles qui dépendent de la surnutrition elle-même, celles qui dépendent de la sclérose,

et celles qui sont destinées au contraire à éviter à l'organisme les dangers de la surnutrition.

Des instillations intra-utérines dans les métrites chroniques. — Dr H. Iscovesco (Paris). On pratique les instillations utérines — immédiatement ou seulement après le traitement placentaire, selon le degré de la lésion — avec une seringue métallique ressemblant à la seringue de Brown et dont l'extrémité porte en guise d'ouverture deux fentes latérales. Le corps de la seringue est gradué. On injecte dans l'utérus 2 à 3 gouttes d'une solution de sulfate de cuivre au 20e et on peut aller jusqu'au 10e. Généralement l'injection n'est pas douloureuse.

Les malades doivent rester couchées. L'injection provoque quelquefois le retour des règles. Pour les nerveuses il sera bon de faire précéder l'instillation — 2 à 3 heures avant — de suppositoires belladonés et opiacés.

On peut injecter jusqu'à 5 gouttes à la fois, mais il ne faut pas dépasser cette dose.

Les malades doivent rester couchées de 12 à 72 heures, suivant les phénomènes réactionnels.

Je n'ai jamais observé aucun accident et j'ai, en revanche, plus d'une centaine de cas où cette méthode appliquée, soit directement, soit après le traitement placentaire, m'a donné les meilleurs résultats.

Dans une quinzaine de cas rebelles, j'ai eu recours aux instillations de nitrate d'argent au 40e. On commence d'abord par 2 à 3 gouttes. On peut arriver à faire des instillations au 20e. Il faut, pour ainsi dire, tâter l'utérus et aller avec prudence. On arrive ainsi à ne jamais provoquer la moindre réaction. J'ai, du reste, des guérisons qui datent de plus d'un an.

Recherches sur l'action médicamenteuse du placenta. — Dr Iscovesco, de Paris. Je ne sais si le point de départ de mes recherches est exact. J'ai cru remarquer que les chiennes étaient rarement atteintes d'infection puerpérale et n'ai pu m'empêcher de rapprocher ce fait de l'habitude qu'elles ont de dévorer leurs délivres. J'ai pensé donc qu'il ne serait pas sans intérêt de rechercher l'action du placenta en thérapeutique. Chaque tablette représentait 25 centigrammes de placenta frais. L'animal choisi à cet effet a été la brebis et c'est le résultat d'une année de recherches faites à mon dispensaire que j'ai l'honneur de communiquer au Congrès. Il est bien entendu que c'est sous toutes réserves que je donne ces résultats et que mes recherches ne portant que sur une centaine de cas et depuis un an seulement, un travail rigoureux s'impose avant de pouvoir se prononcer définitivement. J'ai observé plus de cent cas. Ils se rapportaient :

1° A des métrites chroniques avec hypertrophie de l'organe et catarrhe concomitant sans lésions annexielles.

2) A des métrites chroniques avec annexes touchées.

3) A des involutions utérines anormales à la suite des couches.

Pour empêcher qu'une suggestion quelconque ne vicie les résultats, j'ai pour ainsi dire dissimulé mes tablettes au milieu de prescriptions anodines. Or sur une soixantaine de cas relevant de la 1re catégorie, l'administration de 4 à 6 tablettes de placenta m'a toujours donné très rapidement une amélioration considérable de tous les phénomènes réflexes ayant pour point de départ les organes génitaux. Les douleurs si variées, les troubles gastro-intestinaux sont amendés au bout de très peu de jours et ont toujours disparu presque complètement au bout de 15 jours à un mois de traitement. La suppression du traitement — comme contre-épreuve — alors que la guérison n'est pas complète, fait reparaître tous les troubles antérieurs.

J'ai suivi au spéculum et par l'examen local tous les utérus ainsi soignés et j'ai pu constater une décongestion progressive de l'organe, une diminution de volume sensible ainsi que la disparition de la sensibilité provoquée.

Les résultats obtenus dans la seconde catégorie de cas sont identiques à ceux de la première. Enfin dans 6 cas d'involution utérine anormale, les résultats ont été absolument remarquables et de plus l'ingestion du placenta m'a semblé favoriser la sécrétion lactée. Je me hâte d'ajouter que l'ingestion du placenta ne semble avoir aucune action directe sur le catarrhe de la muqueuse, mais l'utérus étant préalablement modifié par le traitement placentaire, le catarrhe cède très facilement au traitement que j'ai institué à cet effet et qui consiste à pratiquer dans la cavité utérine des installations de liquides médicamenteux, généralement une solution de sulfate de cuivre à la dose de II à V gouttes.

Ayant de plus dans l'esprit ce fait incontestable : la rareté de la tuberculose fœtale, j'ai été amené aussi à essayer les tablettes de placenta dans la tuberculose pulmonaire et je ne l'ai fait que dans 3 cas. Les résultats m'ont étonné et c'est avec une grande hésitation que je les donne. Je suis obligé cependant de dire que les tablettes de placenta ont paru avoir une action très nette et que dans tous les cas les phénomènes locaux ont cessé d'augmenter alors qu'il s'agissait de tuberculoses qui semblaient prendre une évolution rapide. Il faut être d'autant plus réservé pour ces résultats que je n'ai que trois cas.

Enfin, dans deux cas de syphilis tertiaire très grave, le traitement placentaire, quoique sans action directe, m'a paru agir pour ainsi dire comme une espèce de mordant pour le traitement ioduré.

Le traitement placentaire dans ces deux derniers cas a été institué par voie hypodermique.

M. Boinet (de Marseille) relate 3 cas de **diabète intéressants au point de vue clinique et anatomo-pathologique.** — Le 1er se rapporte à un sujet, mort de coma diabétique, présentant une augmentation de l'acidité, de l'acétone et de l'acide oxybuthyrique dans les urines ; l'injection intraveineuse d'eau salée additionnée de bicarbonate de soude resta sans effet. Le pancréas présentait le type des scléroses artérielles. Le second cas est un exemple de la forme dyspnéique de l'intoxication acide du diabète. Le pancréas était atteint de sclérose péricanaliculaire consécutivement à l'oblitération du canal de Wirsung par un long calcul crayeux.

La 3e observation établit l'influence d'une infection grippale sur le développement d'une artérite de l'humérale chez un diabétique. Le sphacèle secondaire de la main et de l'avant-bras a été probablement favorisé par les lésions si considérables du nerf médian qui, à ce niveau du bras, présentait une dégénérescence de tous ses tubes nerveux.

M. Meyer préconise **le salicylate de soude en gargarisme dans le traitement des angines pseudo-diphtériques et des angines simples.** — Il prescrit 6 à 8 gr. de salicylate dans 120 grammes d'eau ; le malade verse une cuillerée à bouche de cette solution dans un demi-verre d'eau tiède, avec laquelle il se gargarise toutes les heures. Ce traitement produit une amélioration rapide. Le salicylate agit probablement comme anesthésique et comme

modificateur de la circulation ; il donne de bons résultats dans les enrouements.

M. Chambard-Hénon (de Lyon) a vu trois fois de vives coliques hépatiques être calmées rapidement après des applications externes de salicylate de méthyle.

M. Lépine (de Lyon) a institué de nombreuses expériences dans le but d'étudier les **modifications survenant dans la composition de l'urine sous la dépendance de troubles apportés au fonctionnement du rein.** — La teneur plus ou moins grande de l'urine en ses divers éléments est liée non seulement à la teneur du sang en ces éléments, mais aussi à des modifications dans le fonctionnement du rein. Pour s'en convaincre, M. Lépine s'est proposé de léser le fonctionnement d'un rein, l'autre restant intact, et cela dans des expériences poursuivies depuis 12 ans. Il a modifié la perméabilité rénale chez le chien : 1° par section des nerfs d'un rein ; 2° en exerçant, à l'intérieur des tubes urinifères, une contrepression au moyen d'injection par l'uretère d'eau salée stérilisée ; 3° par action de substances toxiques ou médicamenteuses. De ses expériences il ressort que chaque substance a son coefficient de passage et que ce coefficient varie suivant les conditions dans lesquelles se trouvent le rein. Quant à la détermination de la perméabilité par le bleu de méthylène, les résultats obtenus ne sont valables que pour cette substance et les corps analogues. Ainsi, chez un sujet mort urémique, le bleu de méthyle passait normalement dans les urines, pendant la crise d'urémie. Un rein très perméable à cette substance peut l'être très peu à certaines substances toxiques venues du dehors ou de l'organisme lui-même.

M. Bard (de Lyon). On ne peut conclure de l'élimination du bleu de méthyle à celle de toutes les autres substances. Mais on peut déduire celle-ci de l'étude comparative de l'élimination du bleu de méthyle et de celle de l'iodure de potassium, qui agissent de façon toute différente, l'iodure s'éliminant par sa seule solubilité à travers le glomérule, le bleu de méthyle, en raison de sa composition complexe, exigeant l'action des cellules du labyrinthe. L'altération prédominante des éléments anatomiques du glomérule, ou du labyrinthe, permettra ou empêchera l'élimination l'une de l'iodure, l'autre du bleu de méthyle.

Pour M. Pitres (de Bordeaux), le déplacement du cœur, dans la pleurésie, doit être considéré non comme un danger pour le malade, mais comme un procédé providentiel de protection du cœur contre l'augmentation de pression intrathoracique. Le cœur ne subit pas un mouvement de rotation autour de son axe, il est refoulé en masse. Le péricarde est l'agent direct de protection du cœur. Le premier effet d'un épanchement à gauche, par exemple, est de refouler le diaphragme proportionnellement au volume de l'épanchement. En même temps le centre phrénique est attiré en bas, le cœur est refoulé à droite, de sorte qu'il ne subit aucune augmentation de pression. Ainsi ce déplacement doit être considéré comme un acte providentiel. 3 à 4 litres de liquide peuvent ne gêner en rien la circulation, parce que tout l'effet de la pression exagérée s'exerce sur le côté malade ; le cœur passe du côté sain dans une atmosphère à pression normale.

Les expériences faites par M. J. Courmont (de Lyon) l'ont amené à conclure que **la contracture tétanique n'est pas fonction d'une lésion appréciable des cellules médullaires** ; elles tendent à montrer que la méthode de Mils est incapable de déceler, dans la moelle des tétaniques, des lésions cellulaires pouvant être considérées comme la cause des contractions de l'incubation fatale et de l'empoisonnement tétanique.

Insuccès de la greffe de capsules surrénales chez les Addisonniens. — M. J. Courmont (de Lyon). Dans trois cas de sujets atteints de maladie d'Addison, la greffe sous-cutanée de capsule surrénale de chien, faite par l'auteur, par Jaboulay et par Augagneur, amena la mort en vingt-quatre heures avec hyperthermie, affaiblissement et ralentissement du pouls et collapsus ; il s'agit d'une intoxication suraiguë provenant de ce que les produits des glandes surrénales d'une espèce animale, antitoxique pour les sujets de celle-ci, peuvent être toxiques pour d'autres ; il en est de même pour d'autres sécrétions internes. Aussi le choix de l'animal a-t-il de l'importance pour l'opothérapie. M. Courmont est d'avis que l'on doit renoncer aux greffes de capsules surrénales ou du moins de glandes de chiens dans la maladie d'Addison.

(A suivre).

MEMENTO PRATIQUE

Les injections rectales d'arsenic dans la tuberculose, le diabète et la maladie de Basedow. — En 1896, M. Vinay a préconisé la méthode d'introduction de l'arsenic par la voie rectale. Ce procédé consiste à injecter, à l'aide d'une seringue exactement jaugée, 5 cc. de la solution ci-dessous formulée :

Eau distillée.....	56 grammes.
Liqueur de Fowler.....	4 —
F. S. A. — Usage externe.	

L'injection est répétée 2 ou 3 fois par jour, quelquefois davantage. Si le malade s'est fait 3 injections et les a gardées et absorbées, il a pris ainsi 1 gramme de liqueur de Fowler, soit 0 gr. 01 centigr. d'acide arsénieux, c'est-à-dire une dose que par la voie stomacale aucun patient ne serait capable de supporter au delà de quelques jours. Ces injections rectales peuvent être parfaitement tolérées durant des semaines et même des mois.

Par ce procédé on peut se rendre compte de ce que vaut l'arsenic donné à petite dose et en tant que modificateur de la nutrition agissant a longue portée.

Voici qu'elle est, d'après M. Renaut, l'action de l'arsenic dans la tuberculose, le diabète, la maladie de Basedow, trois affections qui, par des modes divers, s'accompagnent le plus nettement d'un processus de désassimilation.

Dans la tuberculose, à la période de dyscrasie prétuberculeuse surtout, la méthode des injections rectales d'arsenic donne toute liberté pour établir en même temps la suralimentation et la réduction de l'état consomptif.

La pratique est la suivante : pendant cinq jours, matin et soir, on fait une injection de 5 cc. de la solution arsenicale. Pendant les cinq jours suivants on donne 3 injections par jour, puis 4 pendant cinq autres jours. On interrompt durant cinq jours et on reprend comme précédemment.

Parfois, chez certains malades, il se produit un peu d'irritation rectale ou de diarrhée : il suffit alors d'ajouter à la dose de 5 cc. une goutte de laudanum.

Chez trois malades ayant présenté une hémoptysie nette-

ment bacillaire et pour lequel le traitement systématique a été poursuivi pendant plus d'un an, et chez un quatrième qui a été soumis à cette même médication pendant six mois, les signes du sommet ont disparu au point que l'auscultation ne révélait plus rien d'anormal, en même temps que les forces et l'appétit revenaient.

Dans la phtisie confirmée, les injections rectales d'arsenic bien tolérées exercent également une action favorable, sans être toutefois curatives. De l'avis de l'auteur, elles valent surtout contre les tuberculoses discrètes et encore au début. Leur efficacité est toutefois très grande dans le cas de tuberculose ganglionnaire ou péritonéale.

Chez le diabétique, l'injection rectale d'arsenic relève les forces et fait tomber le taux du sucre. C'est, pour M. Renaut, le meilleur moyen tonique dans le diabète et le meilleur préservatif contre la phtisie.

L'action antidéperditive de l'arsenic, son influence positivement bulbaire et son effet calmant vis-à-vis du système nerveux, ont conduit l'auteur à utiliser cette médication dans la maladie de Basedow, et là encore il n'a eu qu'à se féliciter de son usage. (*Rev. intern. de méd. et de chir.*)

Traitement de l'obésité sans modifications du régime par M. Winternitz (de Vienne). — Les traitements mis en usage contre l'obésité (eaux minérales purgatives, régimes d'amaigrissement) font incontestablement maigrir les obèses, mais la cure une fois terminée, ces malades, en général gourmands, recommencent bientôt à reprendre, avec leurs habitudes alimentaires, la graisse qu'ils avaient perdue. Quant au traitement thyroïdien, on ne peut dire qu'il est sans dangers.

Pas conséquent, la meilleure méthode de traitement de l'obésité serait, évidemment, celle qui aboutirait au résultat désiré sans exiger un changement de régime.

Une telle méthode ne peut consister qu'en ceci : activer la fonction physiologique de la combustion de la graisse.

Tout le monde est d'accord sur ce point que la combustion de la graisse est liée à la fonction des muscles striés et lisses, vu que les déchets produits par contractions musculaires proviennent surtout des matières non azotées. Il va donc de soi qu'en suractivant cette fonction des muscles, on parviendrait à l'amaigrissement, surtout par la décomposition physiologique de la graisse.

Mais il y a à cela un certain danger ; on veut, en effet, on doit vouloir brûler de la graisse et conserver les substances albuminoïdes. Or, comme, pendant l'oxydation de la graisse par les contractions musculaires, une partie seulement de cette graisse est transformée en force contractile, tandis que neuf parties sont converties en chaleur animale, on élèverait, par la contraction forcée des muscles, la température du corps jusqu'à la hauteur d'une fièvre assez forte. Ainsi, dans une expérience que le hasard m'a fournie, j'ai vu, chez un coureur de profession, la température, qui était de 37 degrés avant la course, arriver à 41 degrés après cette course de trois quarts d'heure. Il est vrai que cet homme ne transpirait pas.

Dans des conditions de ce genre, la suractivité de la fonction musculaire produit non seulement l'oxydation de la graisse, mais aussi, comme dans tout état fébrile, celle des albuminoïdes, qu'on doit éviter. Eh bien, on l'éviterait si on réussissait à empêcher l'élévation de la température pendant l'exercice musculaire.

Ce résultat peut-être obtenu en diminuant la température du corps avant la mise en œuvre de la fonction calorigénétique des muscles, fonction qui résulte d'une combinaison de graisse pendant l'exercice musculaire.

Or, si on refroidit le corps avant la mise en contraction des muscles, la hauteur produite dans ces conditions ne pourra élever la température du corps au-dessus de la normale, à la condition, toutefois, que l'élévation de température tienne seulement à une production réelle de chaleur et non à une diminution du rayonnement.

Les pratiques hydriatiques, combinées à la sudation bien comprise, permettent d'obtenir ces résultats. La sudation doit précéder la douche ou le bain froid. Outre qu'elle augmente l'albumine du sang, elle a le même résultat sur la composition du sang que la diminution des liquides obtenue par la méthode d'Œrtel. J'ai vu souvent, après une seule opération hydriatique, suivie d'une bonne réaction, le poids du corps diminuer de 700 à 800 grammes, et tout cela sans affaiblir le malade, en le fortifiant même, et sans l'exposer à des privations diététiques.

Pour ce qui est de la méthode à employer, j'insiste sur ce point que la chose principale n'est pas le procédé opératoire, mais la manière de doser l'influence thermique et mécanique, ce qui permet d'appliquer la méthode à toutes les catégories d'obèses : anémiques, hyperhémiques, cardiaques, diathésiques. Les sudations, par exemple, peuvent être introduites sur tout le corps ou sur une partie du corps seulement. Elles peuvent être combinées avec différentes applications de l'eau froide, celle, par exemple, qui consiste à placer des tuyaux réfrigérants sur le cœur, ce qui diminue la fréquence et fortifie les contractions de l'organe.

Pour ce qui est de la sudation préliminaire, on la provoque par les emmaillottements secs ou humides, par l'emploi des étuves ou des bains électriques. Ce dernier procédé peu connu a l'avantage de faire transpirer avec une température ambiante de 27 degrés seulement, et en cinq à sept minutes. La transpiration est profuse, sans grande excitation du cœur ; elle est produite par une cause encore mal définie.

Après la sudation, on applique l'eau froide de différentes manières : bains, douches, lotions, bains de piscine, etc.

L'auteur dit avoir par ce procédé obtenu d'énormes diminutions de poids en quelques semaines. (*Gazette des hôpitaux.*)

NOUVELLES

Les médecins députés. — Parmi les députés nommés dimanche dernier, nous avons trouvé un certain nombre de confrères dont voici les noms :

Paris, 13e arrondissement. — Dr Paulin Méry, député sortant, socialiste revisionniste.

Ain. — Bourg, Dr Herbet, député sortant, radical.

Allier. — La Palisse, Dr Gacon, député sortant, radical.

Cantal. — Saint-Flour, Dr Hugon, radical.

Corrèze. — Brive, Dr Lachaud, radical.

Côte-d'Or. — Beaune, Dr Ricard, député sortant, radical.

Dordogne. — Nontron, Dr Theulier, député sortant, radical.

Doubs. — Montbéliard, Dr Borne, radical.

Eure. — Evreux, Dr Isambart, député sortant, radical.

Finistère. — Quimper, Dr Cosmeo-Dumenez, député sortant, républicain modéré; Châteaulin, Dr Dubuisson, républicain modéré.

Hérault. — Lodève, Dr Vigné, député sortant, radical.

Haute-Marne. — Langres, Dr Mougeot, député sortant, radical.

Nièvre. — Nevers, Dr Turigny, député sortant, socialiste revisionniste.

Nord. — Lille, Dr Barrois, professeur à la Faculté de médecine, républicain.

Oise. — Senlis, Dr Chopinet, radical.

Puy-de-Dôme. — Riom, Dr Girard, député sortant, républicain.

Basses-Pyrénées. — Pau, Dr Quintaa, député sortant, républicain.

Hautes-Pyrénées. — Tarbes, Dr Pedebidou, député sortant, radical.

Haute-Savoie. — Bonneville, Dr Chautemps, député sortant, radical.

Seine-et-Marne. — Coulommiers, Dr Delbet, député sortant, radical.

Seine-et-Oise. — Étampes, Dr Amodru, député sortant, républicain.

Vendée. — La Roche-sur-Yon, Dr Paul Bourgeois, député sortant, monarchiste.

Haute-Vienne. — Saint-Yriex, Dr Boutard, radical.

Yonne. — Auxerre, Dr Merlou, radical; Tonnerre, Dr Villejean, radical.

Soit jusqu'aujourd'hui 25 médecins élus, dont 16 radicaux, 6 modérés, 2 socialistes révisionnistes ou boulangistes, et 1 monarchiste.

Il y a en outre un pharmacien, M. Astier, conseiller municipal de Paris, élu député radical de Privas.

Après les élections. — On écrit de Nancy au *Temps*.

M. Baraban, professeur à la Faculté de médecine, s'est porté candidat aux élections du 8 mai, dans la 2e circonscription de Nancy. (Il a d'ailleurs eté battu par le député sortant, M. Papelier.) Mais le professeur s'étant présenté comme antisémite, un de ses collègues, de religion israélite, le professeur Bernheim, a adressé au recteur une plainte, en vertu de laquelle le Conseil général de l'Université s'est réuni samedi, veille du scrutin.

M. Bernheim a soutenu sa plainte, il a déclaré qu'en prenant la qualification d'antisémite M. Baraban injuriait ses collègues sémites.

M. Krantz, doyen de la Faculté des lettres, a discuté cette manière de voir. Il a dit que sans partager l'opinion de M. Baraban, il pensait que l'Université n'avait pas plus à se mêler de cette affaire qu'elle n'aurait à intervenir si l'un de ses membres se portait comme « anticlérical. »

Le Conseil s'est déclaré incompétent.

D'autre part, on télégraphie de Nancy à l'agence Havas :

Les étudiants de Nancy ont manifesté bruyamment aujourd'hui au cours du professeur Baraban, de l'Académie de médecine, qui s'était présenté dans la 2e circonscription de Nancy, comme antisémite.

L'arrivée du doyen a mis fin au tumulte.

L'incident était motivé par une lettre du docteur Baraban mettant en cause un de ses collègues.

École de médecine de Limoges. — Par arrêtés ministériels, en date du 22 avril 1898, des concours s'ouvriront le 7 novembre 1898 :

1° Devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour les emplois de suppléants des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges; et de suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicale à ladite Ecole;

2° Devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite Ecole.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 8 mai 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : M. le médecin de première classe Féraud.

Au grade de médecin de première classe : M. le médecin de deuxième classe Courtier.

Hospice de Brévannes. — Le concours pour une place de médecin à l'hospice de Brévannes s'est terminé par la nomination de M. le docteur Touche.

Infirmerie de Saint-Lazare. — Le concours pour l'internat de Saint-Lazare s'est terminé par la nomination de MM. Bizard, Rellay, Monel, Perrier, Lefert et Vallet.

Association de la Presse médicale française. — Le 6 mai 1898 a eu lieu la quarantième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. de Ranse. Vingt personnes y assistaient.

Election. — M. le Dr Pichevin, rédacteur en chef de la *Semaine gynécologique*, a été nommé membre de l'Association.

Délégation au Congrès international d'Hydrologie de Liège. — Sont nommés délégués de l'Association à ce Congrès, qui aura lieu fin septembre 1898 : MM. Bérillon, Blondel, Cabanès, Doléris et Gouguenheim.

Club médical de Paris. — Sur une proposition faite par M. Doléris, relativement à la création d'un club médical à Paris pour l'année 1900, on a nommé une commission chargée d'élaborer un programme et étudier cette question. La commission est composée de MM. Doléris, Chervin et Marcel Baudoin.

Exposition de 1900. — Des démarches seront faites par le Bureau auprès de M. le Commissaire général de l'Exposition de 1900 dans le but d'obtenir un local spécial pour les membres de l'Association dans le Pavillon de la Presse.

Le Secrétaire général : Marcel Baudouin.

Nécrologie. — Le Dr Berrut, de Paris, reçu en 1855, qui l'un des premiers à Paris fit de la chirurgie indépendante, en dehors des hôpitaux. — Le Dr Billot, conseiller général de la Corrèze, frère du ministre de la guerre, reçu en 1851.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*